

ANNÉE 1934

THÈSE

N° 386

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Wladimir SIDOROWICZ

Né le 27 Avril 1908, à Constanta (Roumanie)

A propos de l'immunité naturelle dans la Syphilis

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

ANNÉE 1934

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Wladimir SIDOROWICZ

Né le 27 Avril 1908, à Constanta (Roumanie)

A propos de l'immunité naturelle dans la Syphilis

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

1. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE Guy.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle LEVY.
Neuro-psychiatrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SENEQUE.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Ophtalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI. AUBERTIN. BRULÉ. CHIRAY. DUVOIR. HARVIER. LIAN.
Clinique obstétricale	GUENIOT. LE LORIER. LÉVY-SOLAL. METZGER.
Clinique chirurgicale	BASSET. CADENAT. HEITZ-BOYER. MOCQUOT. MOURE. SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Stomatologie	FREY.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MAMAN

A MON CHER PERE

A SACHA ET MAC MARCOVICI

INGÉNIEURS

A CEUX QUI SE DISENT MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur GOUGEROT

PROFESSEUR DE DERMATOLOGIE
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage et profonde gratitude
pour le très grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant
de présider cette thèse.*

A M. le Docteur CARTEAUD

CHEF DE CLINIQUE A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

*Qui nous a inspiré ce travail,
en témoignage de notre vive
reconnaissance.*

A M. le Docteur LORTAT-JACOB

CHEF DE CLINIQUE A L'HOPITAL SAINT-LOUIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Depuis les jours lointains où Christophe Colomb élargit d'un seul coup nos horizons, tant géographiques que pathologiques, l'étude de la syphilis n'a pas cessé de faire naître une littérature des plus abondantes.

Aussi, n'avons nous pas été trop étonné de trouver, ayant été dirigé par M. le Docteur Carteaud sur l'étude de l'immunité naturelle dans la syphilis, un certain nombre d'articles traitant de cette question que nous ignorions pourtant complètement avant le début de nos recherches.

Notre tâche en écrivant cette thèse a principalement consisté à rechercher et grouper une documentation éparses et nous y avons apporté toute la satisfaction qu'on peut éprouver à constater que l'absolu n'existe guère, et que l'exception et son corrolaire, le doute, gardent toujours leurs droits.

Nous avons divisé notre travail en plusieurs parties distinctes.

Dans un premier chapitre, nous avons résumé la somme des connaissances immunologiques actuelles ayant rapport à la syphilis.

Un deuxième chapitre a été consacré par nous à un « historique » des cas d'immunité syphilitique

naturelle et à la discussion de certains faits concernant cette dernière.

Nous l'avons fait suivre par dix observations modernes d'immunité syphilitique naturelle.

Dans un troisième et dernier chapitre, nous avons discuté ces observations et examiné l'opportunité du traitement préventif en présence d'individus réfractaires à l'infection.

Certains auteurs ont voulu envisager l'immunité, comme un troisième facteur possible, à côté de la prophylaxie et de la chimiothérapie, dans le problème de l'extinction de la syphilis.

Nékam a pu dire au VII^e Congrès International de Dermatologie et Syphiligraphie que « la prophylaxie
« est insuffisante et que l'absence d'hôte intermédiaire
« pour le spirochète, limite ses possibilités », que la
thérapeutique « n'est qu'un moyen boiteux, impossible
« à généraliser et dépourvue des fils conducteurs,
« des signes d'alarme annonçant les poussées évo-
« lutives d'autres maladies moins sournoises » et que
seules, « les réactions d'immunité, leur variété d'un
« sujet à l'autre, surtout leurs variations sous l'in-
« fluence de certains facteurs, font penser qu'on
« pourra un jour, élever le taux et en diriger le mode
« au point de préserver l'espèce humaine contre la
« maladie » ; ce qui aboutirait à faire rechercher la
« préservation de l'homme par l'épuisement du milieu
« de culture qu'il représente » !

Est-il besoin de dire que nous ne nous rangeons pas à cet avis ?

Essayer de modifier le terrain, c'est bien ; détruire l'agent causal de la maladie, c'est radical et c'est la seule possibilité que nous accorde l'état actuel des connaissances en syphiligraphie. Notre maître, le professeur Gougerot, a dit avec raison « qu'on ne « saurait trop répéter, que vaincre les maladies « vénériennes n'était qu'affaire de volonté, que, si « nous voulions, la syphilis acquise disparaîtrait en « une dizaine d'années, et que la syphilis héréditaire « s'éteindrait dans une génération » et cela, non par quelque immunisation à venir, mais par l'éducation du public, la prophylaxie et la stérilisation des malades contagieux.

Aussi, le seul but que nous nous sommes assigné en écrivant cette thèse, a été de présenter groupés, les quelques cas connus d'immunité syphilitique « clinique », à titre documentaire seulement, et en nous rangeant à l'avis que la syphilis est la maladie qui nous ménage le plus de surprises, mais hélas ! pour la plupart désagréables.

CHAPITRE I

QUELLE EST LA NATURE DE L'IMMUNITÉ SYPHILITIQUE ?

Or il s'en faut que nous ayons actuellement une notion précise de l'immunité avec laquelle on tend à confondre de plus en plus le problème non moins obscur de l'allergie.

Tant que l'accord ne sera pas fait sur ces notions, toutes les discussions resteront des querelles de mots.

Arnault TZANCK.

Tant que nous nous bornons à définir l'immunité avec Littré : « Préservation, exemption de maladie » ou avec le Larousse : « Propriété d'un organisme vivant, d'être à l'abri d'une maladie déterminée », nous pouvons bien être amenés à conclure que l'immunité syphilitique est chez l'homme, sinon inexistante, tout au moins du domaine de l'hypothèse.

Mais si, avec A. Tzanck, nous considérons l'immunité comme l'expression de l'ensemble des propriétés défensives contre un organisme infectant, et si nous

nous souvenons de la brillante définition de Bordet :
« L'immunité, c'est la virulence de l'organisme vis-
« à-vis du microbe, comme la virulence c'est l'immu-
« nité du microbe contre l'organisme », nous pouvons
légitimement nous demander si la syphilis n'est pas
une maladie immunisante. Neisser, il est vrai, s'oppose
à l'emploi de l'expression : « immunité » pour une
maladie « qui ne rend l'organisme réfractaire à une
« nouvelle infection, que par le fait qu'il héberge du
« virus ».

Mais si nous envisageons sous le terme d'immunité,
toutes les modifications qu'est amenée à subir une
nouvelle infection, dans un organisme qui à déjà été
en contact avec un virus identique, nous pouvons cer-
tainement maintenir le terme d'immunité pour la
syphilis, l'immunité absolue, stérilisante, n'étant qu'un
cas extrême dans une série de faits biologiques qui ne
se différencient les uns des autres que par l'intensité
variable des phénomènes.

Gerbay ne dit-il pas que « pour qu'une maladie
« provoque une immunité, il n'est pas nécessaire que
« l'individu devienne, après une première atteinte,
« insensible à une contagion ultérieure » et qu'il suffit
« de trouver dans l'organisme du malade, une agglu-
« tine, un anticorps décelable par une réaction hu-
morale ».

Nombre d'auteurs donnent de l'immunité syphili-
tique des définitions qui ne diffèrent que par l'in-
tensité de résistance dont elles accréditent l'organisme
humain.

Pour Truffi, l'immunité syphilitique est « l'état
« particulier, variable, de résistance de l'organisme
« au virus qui a pénétré en lui-même, ou à un nou-
« veau virus qui lui arrive du dehors ».

Pour Levaditi et Roché, l'immunité syphilitique
serait « un état particulier, caractérisé par l'insen-
« sibilité plus ou moins absolue du revêtement cutané
« vis-à-vis de l'inoculation d'un virus capable de
« déterminer chez l'homme ou l'animal sain, les
« accidents habituels de cette infection ».

Nous ne croyons pas, qu'il soit aisé d'englober, dans
une même phrase, tous les faits qui, dans une maladie
envisagée, contribuent à constituer l'immunité de
l'organisme mis en cause, car, comme le dit Tzanck,
ces faits ne sont « aucunement des entités, mais des
« états, des moments de la lutte, et pour l'organisme
« humain ils peuvent être très différents, suivant les
« tissus. »

Contentons-nous donc de passer en revue tous les
faits qui, dans l'organisme attaqué par le Tréponème,
peuvent se réclamer de l'immunité.

IMMUNITÉ CUTANÉE

La peau semble avoir un rôle particulièrement
important. Elle s'oppose à l'envahissement, elle paraît
avoir un rôle immunisant et les irritations cutanées
semblent avoir une influence favorable sur le cours
de la maladie.

Pinard cite un cas intéressant de défense cutanée :

Un jeune homme co-habitant avec une femme en pleine syphilis secondaire non traitée et exposé pendant plusieurs mois à des accidents contagieux, reste indemne, jusqu'au jour où, mordu par elle à la lèvre, il a, un mois après un chancre syphilitique à l'endroit de la morsure.

La peau, une fois envahie par les spirochètes, s'oppose à l'extension en surface de l'infection.

Hoffmann croit qu'il y a déjà, pendant la période de première incubation, certaines forces en jeu, qui limitent la maladie au point où l'inoculation a été la plus massive, tandis qu'elles enrayent le développement de colonies voisines, plus faibles.

A la période du chancre, les réinoculations à la peau ne sont positives, que si faites durant les premières semaines. Plus tard, la peau ne réagit plus, il s'est constitué une « immunité de chancre ».

Le phénomène est dû à une réaction « allergique », au sens propre du mot, de la peau vis-à-vis d'un virus identique à celui qu'elle héberge. Neisser a infecté des singes par voie intraveineuse ; dans ces cas, un chancre pouvait se produire ultérieurement. Mais si la première inoculation de virus est faite par voie rachidienne, on ne peut plus provoquer de chancre au niveau de la peau, rachis et peau dérivant tous deux de l'ectodome et participant à la même immunité de chancre (Strempel).

Durant la période secondaire, l'insensibilité cutanée à la réinfection devient presque absolue. Les réino-

culations positives (Vidal et Pellagrot, Wallace, Spirino) sont exceptionnelles.

Chez les syphilitiques tertiaires, cette immunité cutanée semble fléchir. Mais les P. G. ont régulièrement une immunité de chancre (Jahnel et Lange). Que croire des chancres retardés ? N'est-ce pas là une manifestation évidente de défense cutanée contre l'infection ?

Il est généralement admis que la peau, ayant subi l'infection, devient particulièrement résistante vis-à-vis d'un nouvel apport de virus.

IMMUNITÉ HUMORALE ET CELLULAIRE

Prigge ne croit pas aux anticorps dans la syphilis. Pour lui, l'organisme ne réagirait que par un état de moindre sensibilité des tissus (Unistimmung) qui résisteraient mieux au parasite, sans pouvoir le détruire.

Pour Gerbay, ce ne serait pas la résistance de l'organisme qui imposerait des étapes à l'infection, mais une toxine sécrétée par le spirochète, la « syphiline ». Cette dernière s'attaquerait alternativement à l'organisme envahi et au spirochète envahisseur.

Neisser est arrivé à la conclusion suivante : « On
« doit donc admettre que des substances défensives
« se trouvent dans le sérum. Mais leur quantité et
« leur concentration sont trop faibles pour qu'on
« puisse les mettre en évidence *in vitro* ou *in vivo*

« par les méthodes actuelles, ou pour qu'on puisse
« les employer en thérapeutique ou en immunologie ».

Plusieurs auteurs ont cru pouvoir mettre en évidence des agglutinines et des précipitines spécifiques dans le sérum d'individus soumis à l'infection syphilitique. Plaut, Miltzer et Blum ont cru obtenir une agglutination marquée de tréponèmes par le sérum de lapins infectés depuis trois mois.

Touraine a constaté au microscope, une agglutination marquée de spirochètes par le sérum de syphilitiques.

Hoffmann et Prowazek, Zablotny et Maskalowetz, Kolmer, Broadwell et Matsoumi ont constaté eux aussi, dans des cultures de spirochètes, traitées avec du sérum de syphilitiques, une certaine agglutination avec perte de la mobilité.

Fernet et ses collaborateurs ont essayé en 1907 de fournir la preuve de l'existence de précipitines dans le sérum de syphilitiques, en traitant le sérum de syphilitiques neufs (antigène), par celui de tabétiques et de P. G. Il se produisit, dans la majorité des cas, une précipitation qu'on ne put reproduire avec du sérum normal.

En 1907 également, Michaelis obtint une précipitation en traitant un extrait en sérum physiologique de foie d'hérédosyphilitique, par le sérum d'un hérédosyphilitique.

Noguchi et Akatsu ont décelé des propriétés spirochétocides, dans le sérum de lapins, préparés par de nombreuses injections de matériel de culture. Le

sérum d'un lapin syphilitique présentait une action tréponémicide, à la dose de 0,03 cm., tandis que le sérum de lapin normal, ne présentait qu'une action faible, à la dose de 0,1 ccm.

Eberson a crû constater des propriétés spirochéticides dans le sérum de syphilitiques latents.

Zinuser et Hopkins ont constaté en 1915, que le sérum de lapins et de moutons, ayant subi des inoculations de spirochètes de culture, était nocif pour les cultures de spirochètes.

Nakano a pu constater le phénomène de Pfeiffer en injectant le sérum de lapins « immunisés » et des spirochètes dans le péritoine de cobayes.

Bory admet que les spirochètes, remontant par les annexes chez la femme, pourraient être détruits au niveau du péritoine par un excudat bactériolytique.

Levaditi et Ehrmann ont observé, sur des coupes, la phagocytose des spirochètes. Bergel a constaté que le liquide péritonéal d'animaux syphilitiques contenant des lymphocytes et des macrophages qui détruisaient les tréponèmes.

En présence de tous ces faits, on peut se demander si, et à quel degré, un organisme atteint de syphilis peut bénéficier de phénomènes immunologiques, et s'il n'existe pas dans la syphilis une

IMMUNITÉ ACQUISE

Chesney et Kemp ont constaté que des lapins syphilitiques, traités avant le 45^e jour de leur infection,

pouvaient être réinoculés positivement après fin du traitement, tandis que des lapins traités tardivement, devenaient réfractaires à la réinfection. La greffe des ganglions des lapins traités tardivement, sur des animaux neufs, ne donnant pas lieu à une contamination, les auteurs américains en conclurent à la possibilité d'une immunité vraie, acquise, chez le lapin.

Pour Prigge, l'immunité des animaux traités tardivement serait une immunité d'infection, les greffes faites au moyen de leurs ganglions n'étant négatives que grâce à l'élimination incomplète du médicament administré.

D'après Wade H. Brown (de New-York), la réinoculation d'animaux chez lesquels « le traitement
« avait enrayé la première infection au point que
« celle-ci ne soit plus décélable par aucun procédé,
« a montré que même alors, la protection acquise,
« tend à persister. Mais des types variables existent.
« Durable chez certains animaux, elle l'est moins
« chez d'autres ».

Matsoumoto (de Kyoto), dit qu'on a pu démontrer une réelle résistance à la pénétration de spirochètes nouveaux, dans l'organisme guéri, chez le lapin.

Dans un article paru en 1926, W. Kolle se déclare en faveur d'une conception d'immunité acquise, dans la syphilis humaine. Voici ses arguments principaux :
« La question se pose maintenant de savoir de quelle
« façon se comporte l'individu guéri de sa syphilis,
« envers les réinfections. Nous voudrions contribuer

« à l'élucidation de cette question, par les remarques
« suivantes : C'est un fait prouvé expérimentalement
« et reconnu cliniquement, que la stérilisation du
« corps envahi par la syphilis, réussit dans un grand
« pourcentage des cas, surtout quand on s'y prend à
« temps et qu'on combine le salvarsan et le mercure.

« En admettant que la l'immunité de l'homme
« vis-à-vis de la syphilis, n'est qu'une immunité d'in-
« fection, n'est due qu'à une infection latente, on
« devrait donc souvent observer des réinfections ; car
« si l'on considère que sur le nombre des individus
« nouvellement contaminés, chaque année en Alle-
« magne seulement, $1/5$ ou $1/10 = 20-10\%$, guérissent
« par un traitement précoce au salvarsan, il aurait
« dû être observé depuis le temps, des milliers de
« réinfections chez des individus guéris, donc ne
« jouissant plus d'une immunité d'infection.

« Ceci pourtant, ne se constate pas. Des cliniciens
« qui traitent annuellement des milliers de syphili-
« tiques, admettent qu'il est très rare de voir des
« réinfections typiques chez des anciens syphilitiques
« qui ont été traités précocément au salvarsan sans
« présenter de récives, et dont le B. W. est resté
« constamment négatif et qui sont donc probable-
« ment stérilisés.

« Dans toute la littérature, on ne cite que quelques
« centaines de cas de réinfections certaines chez des
« syphilitiques guéris, c'est-à-dire d'infections qui,
« contrairement aux surinfections, évoluent comme
« le ferait une première atteinte chez un individu

« neuf, avec accident primaire typique, adénopathies.
« exanthèmes, etc...

« L'individu guéri de sa syphilis, stérilisé par le
« salvarsan, présente une immunité vraie, active, qui
« s'étend à l'instar de l'immunité du syphilitique en
« état de latence, aux tréponèmes homologues et
« hétérologues.

« Etant donné que le syphilitique en état de latence
« et que syphilitique guéri réagissent de la même
« façon, il ne reste qu'à admettre que l'être humain
« ne présente pas uniquement une immunité d'in-
« fection, mais qu'il possède une immunité après
« guérison ».

On peut opposer aux arguments de Kolle, que si les syphilitiques guéris ne présentent que rarement des réinfections, c'est que souvent le sujet, ayant gagné en âge, s'expose moins à la contagion qu'auparavant, ou bien que, devenu prudent par expérience, connaissant mieux la maladie, les façons de la prendre et les moyens de l'éviter, le malade (devenu syphiliphobe un peu tard) a moins de chances de récidiver.

Les observations (Bory, Brandt) selon lesquelles les prostituées qui ne contractent pas la syphilis au début de leur métier resteraient habituellement indemnes par la suite ne s'expliquerait-elle pas par une accoutumance au virus ? Bory croit que dans certains cas, les spirochètes peuvent pénétrer chez la femme, en partant des voies génitales, jusqu'au péritoine et peuvent être lysés à ce niveau par un exsudat bactériolytique, ce qui entraînerait une vraie immunisation.

Un mécanisme d'immunisation active jouerait aussi dans les cas où — loi de Baumès-Colles — une mère indemne, fécondée par un syphilitique, donnerait naissance à un enfant syphilitique, sans présenter personnellement des accidents spécifiques ou une réaction humorale positive. Marcel Pinard pense que « dans ces cas, la femme indemne a porté un œuf « fécondé par un spermatozoïde porteur ou accompagné par des tréponèmes ayant pénétré en même temps que lui dans l'ovule : l'œuf se développe « parasité par des tréponèmes. Ceux-ci, fort nombreux dans le placenta fœtal, sont très rares dans « le placenta maternel, filtre assez bon, mais imparfait. Tous les auteurs s'accordent sur ce point : il « en résulte une contamination particulière de la « mère recevant de minimes quantités de tréponèmes « par un véritable mécanisme de vaccination. Cette « forme de syphilis (syphilis conceptionnelle des anciens auteurs) serait à la syphilis ce qu'est la vaccination antityphique à la fièvre typhoïde ».

On peut se demander pourquoi le sperme virulent, avant de contaminer l'œuf, ne contamine pas la femme qui ne jouit pas encore de l'immunité que va lui conférer la grossesse et s'il ne s'agirait pas chez certaines femmes, d'une prédisposition congénitale. Il est du reste connu que la syphilis évolue souvent chez la femme d'une façon bien plus bénigne que chez l'homme.

En fait d'immunité acquise, on pourrait encore émettre l'hypothèse suivant laquelle les agents théra-

peutiques que nous possédons actuellement pourraient jouer dans le sens d'une immunisation en mettant l'organisme vierge en présence de tréponèmes extrêmement atténués par le traitement, qui réveilleraient les défenses de l'organisme sans les déborder?

Durant la majeure partie du siècle dernier, on considérait qu'une première atteinte de syphilis conférait une immunité durable. Ce n'est que depuis Diday (1862) qu'on commença à envisager cette immunité comme due à une infection latente, la *immunitas non stérilisans* de Ehrlich.

L'immunité syphilitique ne serait-elle toujours qu'une

2.

IMMUNITÉ D'INFECTION ?

Mario Truffi dit que l'état immunitaire dans la syphilis est étroitement lié à la maladie et qu'il persiste, avec des oscillations plus ou moins amples, tant que celle-ci dure.

Neisser ne croit pas devoir employer le terme d'immunité dans la vérole « étant donné qu'il n'y semble « pas exister d'immunité vraie mais seulement un « état réfractaire à de nouvelles infections dû à la « persistance de virus dans l'organisme envahi ».

La notion de l'immunité d'infection absolue est combattue. Gougerot a attiré l'attention en 1918 sur le fait que « la notion ancienne qu'un syphilitique ne « court aucun risque à avoir des contacts avec une « personne syphilitique est erronée ». « Sont-ce les

« nouveaux tréponèmes qui donnent ces lésions
« graves ? Sont-ce les anciens tréponèmes, c'est-à-dire
« l'infection ancienne qui se réactive ? Ces deux mé-
« canismes doivent exister en se combinant. »

Immunité acquise ou immunité d'infection, les propriétés nouvelles qu'acquiert l'organisme parasite par le tréponème peuvent-elles faire bénéficier la descendance d'une résistance accrue vis-à-vis de la syphilis. Existe-t-il dans la vérole une

IMMUNITÉ HÉRÉDITAIRE ?

La syphilis tend à s'atténuer en tant que maladie de la peau. Martin Dorchesino assure déjà en 1559 :
« Icelle maladie a remis beaucoup de sa férocité et
« aigreur première. »

Rose note au milieu du siècle dernier une atténuation de la syphilis en Angleterre.

Marcel Pinard écrit dans sa thèse de 1910 : « Il est
« certain que dans certains pays où la syphilis est
« fréquente, il peut arriver que beaucoup comptent
« dans leurs ascendants des syphilitiques *dont ils*
« *auraient hérité une légère immunité.* »

Gougerot cite le cas d'un de ses malades chez lequel l'incubation du chancre dura plus de 110 jours « sans
« qu'on puisse invoquer d'autre cause qu'une hérédité
« syphilis latente qui a dû laisser un reliquat d'immunité ». Le Professeur Gougerot dit également en parlant de la syphilis acquise chez l'héréditaire : « Cette

« syphilis acquise paraît souvent moins grave que les
« syphilis acquises frappant sur un terrain neuf, sans
« doute parce que l'hérédosyphilis a laissé un reste
« d'immunité insuffisant pour empêcher une nouvelle
« inoculation, mais suffisant pour atténuer une nou-
« velle infection. »

En conclusion, il semble exister dans l'organisme humain envahi par le spirochète pâle, des propriétés défensives vis-à-vis du parasite et ces propriétés semblent pouvoir être transmises héréditairement ; toutefois, elles ne semblent être transmises habituellement qu'avec la maladie et n'être que peu efficaces.

CHAPITRE II

L'IMMUNITÉ EXISTE-T-ELLE PARFOIS DANS LA SYPHILIS ?

Nous avons vu dans le chapitre précédent que des modifications importantes pouvaient se produire dans la façon de se comporter de l'organisme vis-à-vis du tréponème ; d'où les notions d'allergie, d'immunité d'infection, d'immunité partielle, tissulaire et même d'immunité vraie acquise.

Il semble donc théoriquement possible d'envisager une évolution vers une immunité totale ou du moins tégumentaire qui pourrait s'opposer avec efficacité à l'infection.

Marcel Pinard admet que dans les pays où la syphilis est fréquente, il peut arriver que beaucoup comptent dans leurs ascendants des syphilitiques dont ils auraient hérité une certaine immunité : « Il est possible que des ascendants aient acquis par une première atteinte de la maladie une immunité plus ou moins grande dont ils n'auraient pas été les seuls à bénéficier et qui se serait perpétuée dans leur descendance. »

Kassovitz soutient que des parents syphilitiques ont pu transmettre l'immunité à leurs enfants sans la maladie.

Il a depuis longtemps été connu des cas d'individus sur lesquels la vérole ne semblait pas avoir de prise et on peut émettre l'hypothèse que sans les difficultés d'ordre moral qui s'opposent aux expérimentations *in anima nobili* et celles d'ordre pratique que présentent en clinique les confrontations nécessaires on pourrait sensiblement allonger cette liste.

Ces cas d'immunité doivent toutefois être passés sous le crible d'une critique très sévère car souvent il ne s'agit que de fausses interprétations.

Avant l'ère sérologique, les erreurs, en cas d'immunité d'infection ou d'infection occulte, devaient être fréquentes. Mais, même de nos jours, les erreurs sont possibles et il faut s'entourer de toutes les garanties avant de conclure à un cas d'immunité vraie. Marcel Pinard relate le cas d'une femme de maison publique qui « est envoyée à l'hôpital Cochin tous les trois mois » pour examen sérologique ; elle subit de nombreuses « visites médicales, jamais on n'a constaté chez elle » le moindre signe de maladie malgré qu'elle ait des « rapports avec des centaines d'hommes différents. » Or, elle a eu, au début de sa vie, un enfant qu'elle « nous présente et qui est manifestement hérédo-syphilitique, ce qui fournit l'explication de cette protection apparente ». Cette observation où tout s'explique très probablement par une immunité acquise ou d'infection, nous synthétise toute la difficulté du

problème quand il s'agit de se prononcer en faveur d'une immunité naturelle.

On a cru un certain temps qu'il existait des races réfractaires à la syphilis. Comme heureux détenteurs de ce privilège, ont été nommés les indigènes de l'Islande (Mackensie, Thorstensein, Schleismer, Jacotot), du Groenland (Trebitsch), de Miquelon (Rey), des Philippines (Scheube, Kohlenbrugger), des Iles Feroé (Panum). Hélas ! des observations ultérieures ont démontré que ces immunités n'avaient tenu qu'à l'absence de contact avec le spirochète.

Nous en venons aux inoculations qui ont été faites sur l'homme et nous rapporterons les quelques cas où, l'inoculation donnant un résultat négatif, il a été conclu à une immunité naturelle.

Vidal (de Cassis) parle d'un homme « d'une très forte constitution » qui s'exposait par bravade à tous les moyens de prendre la vérole. « Deux inoculations « lui furent faites au bras avec du pus puisé dans un « chancre en progrès, et cela sans succès, rien ne « parut. »

Rollet cite dans son traité des Maladies Vénériennes quelques cas d'inoculations négatives : « M. Puche a « inoculé trois fois, sans succès, des sujets sains avec « le pus du chancre induré. M. Ouvry a fait, en 1857, « dans les mêmes conditions, et aussi sans succès, « une inoculation de chancre induré à un jeune « médecin, en présence de MM. Ricord et Fournier. « MM. Ratier, Cullerier et Sarrhos se sont inoculé à « eux-mêmes, inutilement, du pus d'accidents secon-

« daires. M. Thiry a aussi fait une inoculation semblable, c'est-à-dire sur un sujet sain, sans résultat. »

En 1856, ont été communiqués à l'Association de Médecine du Palatinat, les résultats de l'expérimentation d'un observateur anonyme (Bettinger). Ces expériences furent faites sur des individus soumis pendant plus de trois mois à l'observation et qui n'avaient, autant qu'on pût s'en assurer, jamais eu la syphilis. Les inoculations furent faites avec la lancette sur le bras; on ne pratiqua jamais moins de trois ni plus de dix piqûres sur le même individu. Sur les quatorze cas, il y eut quatre insuccès.

A. Mireur (de Marseille) opérant des inoculations chez l'homme avec le sperme d'un sujet syphilitique « en pleine évolution secondaire, c'est-à-dire présentant des accidents multiples, une roséole papuleuse « confluyente du tronc et de la partie supérieure des « membres, des plaques muqueuses répandues sur « les amygdales, sur les piliers et le voile du palais, « ainsi qu'à la marge de l'anus, des croûtes impétigineuses du cuir chevelu, etc... », accuse quatre insuccès.

En procédant à l'inoculation expérimentale, on a éliminé les causes d'erreur pouvant résulter d'une résistance particulière des téguments. Mais on peut objecter en présence des faits sus-mentionnés que les personnes qui se sont soumises aux contaminations artificielles l'ont probablement fait dans nombre de cas parce que le tréponème avait déjà eu des bontés envers eux et qu'ils ne croyaient pas courir trop de

danger en renouant des relations déjà anciennes. Objection judicieuse, surtout car s'appliquant à un temps où la sérologie n'était pas encore connue et où il était bien plus malaisé qu'aujourd'hui de dépister une syphilis vieillie, mais objection qui ne peut pas avoir la prétention de tout expliquer.

De nos jours, les chercheurs s'étant abstenus de travailler sur du « matériel humain », nous ne pouvons puiser nos renseignements que de l'observation clinique, la syphilis animale ne présentant pas assez d'analogies avec celle de l'homme pour qu'on pût conclure.

Toutefois, faisons remarquer que dans les séries d'inoculations chez le lapin on trouve une certaine proportion d'animaux réfractaires à l'infection. W. H. Brown (New-York) : « Chez le lapin, une résistance naturelle à l'infection peut exister et se traduire par la faiblesse ou même l'absence de la « réaction primitive. »

En ce qui concerne les observations cliniques d'immunité, les causes d'erreurs s'accumulent de pair avec les argumentations qui cherchent à expliquer les cas indubitables de non-contagion par une résistance mécanique de l'épiderme, par la médiocrité qualitative ou quantitative des rapports sexuels intervenus, ou tout bonnement par la... « veine » suivant l'argument que : tout soldat à la guerre n'est pas blessé.

Contrairement à ces dernières vues, nous croyons que certaines personnes qui se placent pourtant bien sur la trajectoire de l'infection s'en tirent sans dom-

mage, uniquement grâce à un mécanisme particulier dont la nature nous échappe mais que nous n'envisageons pas comme purement physique.

Ajoutons bien vite que nous ne croyons dans aucun des cas envisagés à une immunité absolue envers et malgré tout et que nous ne conseillerons certainement pas à un individu qui aurait résisté une fois à la contagion de « remettre ça ».

Voici des faits récents : notre Maître le Professeur H. Gougerot a observé « deux familles où le père et « l'enfant étaient atteints de syphilis active, chez « l'une, le père avait un B.W. 100 fois positif (c'est-à-dire que dilué 100 fois plus que dans le B.W. « classique, il donnait encore un B.W. positif total à « H^o) ; chez l'autre, le père avait un B.W. 40 fois « positif, et les enfants avaient de l'hérédosyphilis « en activité. Or, les deux mères étaient cliniquement « indemnes et leur B.W., fait et refait plusieurs fois, « se montra négatif même au Desmoulière. »

On pourrait ici invoquer l'immunité d'infection, ou parler d'immunisation active suivant le mécanisme de Pinard (*loc. cit.*). Mais pour étayer cette première hypothèse, on aurait dû pouvoir constater quelque surinfection, facilitée par l'état de moindre résistance que confère la grossesse ; en ce qui concerne l'immunisation par le produit de la conception, on est en droit de se demander si le tréponème n'aurait pas battu à la course les propriétés défensives naissantes de l'organisme, sans quelque immunité préexistante.

Bizard et Jolivet observent « qu'environ 30 % des

« prostituées sont syphilitisées dès les deux premières
« années de l'exercice de leur profession. Mais ce que
« nous avons constaté par contre, qui nous semble
« moins connu et que nous aurons d'ailleurs à déve-
« lopper plus tard, c'est qu'un certain nombre de
« prostituées qui ont passé sans être infectées par le
« tréponème, ce qu'on peut appeler leur période
« d'apprentissage, ont de grandes chances dans la
« suite de ne plus être contaminées. »

Brandt est arrivé aux mêmes conclusions.

Notons quelques opinions d'auteurs particulière-
ment qualifiés.

Pour Marcel Pinard « on voit tous les jours des
« individus sortir indemnes de rencontres qui sont
« fatales à d'autres » et, en dehors de faits cliniques
plus ou moins discutables « il est certainement des
« immunisés ».

Belgodère se prononce de la façon suivante, en
traitant de la primo-infection :

« Bien loin de chercher à faire éclore les germes
« pathogènes, l'organisme, dans cette période qui va
« de la contamination à l'apparition des premiers
« symptômes entame, au contraire, contre eux, une
« lutte silencieuse, qui se termine par la victoire ou
« la défaite. Cette période mériterait mieux, nous
« semble-t-il, le nom de période de résistance.

« Et si l'on songe au nombre considérable de con-
« tacts suspects et au nombre relativement restreint
« des cas de contagion, il est permis de penser que
« les contaminations sont peut-être plus fréquentes

« qu'elles ne paraissent, mais qu'elles avortent souvent, parce que l'organisme se défend lui-même, parce que la résistance demeure victorieuse. »

E. Schulmann pense « que chez certains individus qui échappent miraculeusement à la contagion, il y a autre chose qu'une banale question de chance ». Il ajoute que « nous connaissons tous ce type d'homme, appelé génital par opposition au cérébral, au digestif ou au musculaire, plus ou moins érotomane, qui revient toujours sauf de ses amours de rencontre, le plus souvent d'extractions fort douces ».

Et si Mario Truffi considère que dans l'espèce humaine il n'existe pas d'immunité naturelle et explique tous les cas où les expositions répétées ne déterminent pas d'infection, par des circonstances extérieures particulières (absence de solution de continuité des téguments, épithélium particulièrement résistant, absence ou affaiblissement de la virulence du contagé, etc...), nous ne pouvons que lui répondre avec E. Schulmann « que les exemples fort fréquents de sujets qui échappent à la contagion, sans aucune cause appréciable ne peuvent être niés » ; qu'invoquer à chaque reprise un sort heureux, c'est sortir de toute argumentation scientifique possible » et présenter une série d'observations recueillies en partie dans le service de notre Maître le Professeur Gougerot, en partie dans la littérature, qui nous font opter pour une conception d'immunité naturelle, très rarement efficace, jamais absolue, mais existante.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Nous avons vu en avril 1932, à l'Hôpital Saint-Louis, une malade dont l'observation (1) a été publiée par M. le Dr. Carteaudo, Chef de Clinique chez M. le Professeur Gougerot, sous la forme suivante.

Le 18 avril 1932, Mme L..., âgée de 30 ans, vient nous consulter au pavillon Bazin de l'Hôpital Saint-Louis, pour une éruption qui, malgré les soins de son médecin habituel, ne veut guérir. Le diagnostic s'impose à première vue et est inscrit sur les mains de la malade. Du reste, un des stagiaires du service, interrogé, répond sans hésiter : « Σ^2 ». Notre infirmière sociale ayant alors, avec beaucoup de précautions, appris à cette malade la véritable nature de cette dermatose, nous examinons plus longuement cette jeune femme. Il existe, disséminées sur le dos des mains, les avant-bras, les bras, la poitrine, le dos, les flancs, le haut des cuisses, le pourtour du nez et de la bouche, le front, d'abondantes syphilides psoriasiformes, mê-

(1) Dr ALEXANDRE CARTEAUD : Deux observations d'immunité syphilitique. *Ann. d. Mal. Vén.*, février 1933.

lées du reste de syphilides papuleuses typiques. Aux lèvres, sur les gencives et sur l'amygdale gauche, nous constatons de nombreuses plaques muqueuses. A la vulve et autour de celle-ci, on note également des plaques muqueuses qui fourmillent de tréponèmes, ainsi que l'a montré un examen ultra-microscopique pratiqué le jour même. La malade se plaint de plus, de fatigue générale, d'asthénie, d'insomnie, de céphalée. Une réaction de Bordet-Wassermann, effectuée le même jour, s'est montrée totalement positive.

En interrogeant la malade, nous apprenons alors toute son histoire qui mérite d'être contée.

Après un court séjour hivernal sur la côte d'Azur, dans une petite plage du Var, actuellement très en vogue, cette jeune femme a été prise, le 18 janvier 1931, d'une angine s'accompagnant de température, qui l'obligea de s'aliter. Dès le lendemain, son médecin portait le diagnostic d'angine banale avec bronchite. Sous l'effet du repos, du lit et d'une potion, la bronchite disparut rapidement, mais l'état du pharynx ne s'améliora pas. Aux environs du 25 janvier, on porte le diagnostic d'angine phlegmoneuse droite, et 3 injections intraveineuses d'électrargol sont pratiquées en vue de faire avorter celle-ci. Le résultat thérapeutique fut nul et les troubles fonctionnels augmentant, l'on fit, au début de février, appel aux lumières d'un oto-rhino-laryngologiste qui porta le diagnostic d'angine de Vincent de l'amygdale droite, et prescrivit des applications locales de novarsénobenzol et des badigeonnages cocaïnés. Mais l'amélioration ne

survint toujours pas. La déglutition devint très difficile, même pour les liquides. On dut, dit la malade, lui donner pendant 3 jours, un goutte à goutte rectal. Du fait de la gravité de son état, on s'est décidé, le 16 février 1931, à pratiquer une amigdalectomie droite. Malgré cette intervention, l'état général est resté précaire, la céphalée, la douleur de la gorge persistent. De plus, une volumineuse adénite cervicale à localisation carotidienne s'est extériorisée. Enfin, pour compliquer ce tableau (ce qui aurait dû, au contraire, l'éclairer), une éruption est apparue, faite d'éléments plus petits, mais identiques à ceux constatés à Saint-Louis. Mais cette éruption fut étiquetée médicamenteuse et sans intérêt. Le 6 mars, les ganglions cervicaux augmentant chaque jour de volume, on s'est décidé à confier la malade à un chirurgien de chirurgie générale qui procéda à l'ablation de cette pléiade ganglionnaire et en particulier d'un gros ganglion. La malade nous déclare que cette intervention fut suivie d'une grande amélioration de la gorge, mais, à son grand désespoir, l'éruption ne fit que s'accroître malgré l'application d'une pommade à l'oxyde jaune.

Le mari de cette jeune femme que nous demandons à examiner, est un homme de 30 ans, bien constitué et qui, cliniquement, ne présente aucun signe de syphilis. Il n'a jamais eu cette maladie et se trouve très angoissé depuis que sa femme lui a fait savoir la nature de son propre mal. C'est qu'en effet, il a de grandes chances d'être contaminé. Nous apprenons alors que ce jeune mari a toujours eu des rapports

avec sa femme pendant le cours de la maladie. Evidemment, ceux-ci furent espacés lors de la grande phase angineuse, mais après l'amélioration pharyngée, ils furent repris plusieurs fois par semaine. Ceci sans aucune précaution prophylactique, le médecin de la famille ayant déclaré que l'éruption n'était pas contagieuse. Les rapports eurent donc surtout lieu du 10 mars jusqu'au 18 avril, c'est-à-dire en pleine période secondaire, au moment où fleurissaient au maximum : syphilides cutanées, plaques muqueuses buccales, condylomes syphilitiques vulvaires!

Nous avons alors examiné cet homme à raison d'une visite hebdomadaire pendant 40 jours, puis tous les 15 jours pendant 3 mois. Cinq examens du sang ont été pratiqués entre le 19 avril et le 30 août, et ceux-ci sont toujours restés négatifs. Ajoutons que le sujet ne présentait nuls stigmates d'hérédo-syphilis et qu'un interrogatoire attentif n'a pu révéler non plus de facteurs familiaux permettant de suspecter une telle hérédité.

OBSERVATION II

Ainsi que la précédente, cette observation est tirée d'un article remarquable de M. le Chef de Clinique A. Carteaude (1).

Mme K..., âgée de 29 ans, est une jeune divorcée venue nous consulter le 1^{er} avril 1932. A la première

(1) D^r ALEXANDRE CARTEAUDE : Deux observations d'immunité syphilitique. *Ann. d. Mal. Vén.*, février 1933.

vue, nous avons été frappés de l'existence d'une volumineuse adénopathie déformant la partie latérale droite du cou. Cette adénopathie est faite de plusieurs ganglions durs, roulant sous le doigt, l'un d'eux est plus gros que les autres et atteint le volume d'une grosse noix. Cette adénopathie est complètement indolente. En examinant complètement la malade, nous constatons l'existence à la partie supéro-interne des cuisses, de syphilides papuleuses typiques. Enfin, à la vulve, grandes et petites lèvres sont parsemées de plaques muqueuses papulo-érosives. Une réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée le jour même, est positive totale.

Ayant, avec précaution, appris à cette jeune femme la nature de sa maladie, nous l'avons interrogée et voici son histoire :

Aux environs du 25 janvier 1932, un mois après un séjour à Londres pour les fêtes de Christmas, cette malade a souffert d'un fort mal de gorge qui siégeait surtout à droite. Mais cette jeune femme est énergique, elle a beaucoup voyagé et n'a pas, dit-elle, « l'habitude de s'écouter pour si peu ». Aussi s'est-elle soignée toute seule par de nombreux gargarismes : eau oxygénée, néol, etc. Une dizaine de jours plus tard, elle a remarqué l'existence de ganglions cervicaux du côté droit, ganglions durs et indolents. A vrai dire, cette angine ne fut jamais très douloureuse. Elle guérit en trois semaines, mais les ganglions persistèrent et augmentèrent même de volume depuis cette époque. De plus, cette angine a laissé la malade très

fatiguée, lassitude qui s'est accrue chaque jour et, depuis le 10 mars environ, l'appétit a disparu, le sommeil devint difficile et une céphalée sourde s'est installée. Enfin, nous dit cette jeune femme, les « petits boutons de ses cuisses » datent à peu près de cette époque.

Commençant à s'alarmer de cette asthénie progressive et craignant de devenir tuberculeuse, la malade consulta un de nos grands maîtres des affections pulmonaires, mais elle pensa devoir négliger de lui montrer l'éruption de ses cuisses. L'examen du poumon restant négatif, fatigue générale et adénopathie cervicale furent mises sur le compte d'une grande anémie et un séjour à la montagne fut recommandé.

Quelques jours plus tard, la malade, rassurée à propos de ses poumons, se décida à consulter un autre praticien pour « ses boutons ». Elle alla voir un médecin connu pour ses vaccins, mais nullement comme dermatologiste. Ce dernier la rassura et lui promit une rapide guérison par l'application d'une pommade. Devant le résultat négatif de cette thérapeutique, la malade vint nous demander un avis. Elle nous apprend que depuis un mois environ, elle est fiancée avec un jeune homme avec qui elle a des rapports depuis les fiançailles. Nous apprenons également que cette jeune femme a eu, à Londres, lors des fêtes de Noël, un flirt assez poussé avec un homme qu'elle n'a point revu depuis.

Nous examinons alors le fiancé, lequel est un jeune homme de 27 ans, sportif, en parfaite santé. Il est, par

contre, très alarmé, d'autant plus qu'il nous déclare avoir une muqueuse génitale très sensible, se déchirant facilement. Nous constatons en effet, chez ce sujet à peau fine, *de petites érosions de nature traumatique*, datant du dernier rapport. Mais nous ne trouvons nulle trace d'accident primitif. Une réaction de Wassermann est totalement négative (nous désirions avoir cette réaction comme base, en vue d'éliminer la notion de syphilis antérieure ou d'hérédosyphilis). Ajoutons que, chez ce jeune homme, on ne releva nul antécédent familial et nul stigmatte révélateur d'une hérédité syphilitique. Nous avons examiné ce jeune fiancé pendant plus de 3 mois, et pratiqué plusieurs examens du sang. Jamais nous n'avons constaté la moindre trace de syphilis primaire ou secondaire. Remarquons que les rapports de ces deux fiancés ont été fréquents, prodigieux, prolongés et non suivis de soins prophylactiques, en dehors des soins de propreté habituels.

OBSERVATION III

Cette observation inédite nous a été communiquée par M. Lortat-Jacob, Chef de Clinique chez M. le Professeur Gougerot, qui a bien voulu nous autoriser à la publier.

Henriette M..., 29 ans, vient consulter le 10 juin 1933 pour des lésions cutanées. Elle présente une roséole des avant-bras, des petites lésions érythéma-

teuses disséminées, cuivrées et infiltrées, des syphilitides infiltrées et jambonnées sur la face interne des cuisses, et sous les seins des lésions semblables mais plus discrètes. Adénopathie cervicale, épitrochléenne. Angine. Examen vulvaire négatif, mais elle aurait eu une hémorroïde (?) enlevée il y a deux mois à Broca.

Les réactions sérologiques sont positives.

La malade avoue qu'elle a eu en février et mars 1933, des rapports sexuels avec un ami de passage, typographe, qu'elle a perdu de vue depuis. Elle dit n'avoir fréquenté depuis que son ami habituel. Elle a eu des rapports sexuels fréquents avec lui.

Or, en examinant ce dernier, nous constatons qu'il est indemne de syphilis.

Soumis par la suite à des examens sérologiques en série, il a présenté des réactions constamment négatives.

OBSERVATION IV

Extraite de : « Considérations actuelles sur quelques particularités de la contagion syphilitique » par le Dr. Belgodère. Ann. cl. Mal. Vén., 1927, p. 122.

M. X..., jeune homme distingué et de bonne famille, est un de nos vieux clients. Jeune, vieux, cela peut paraître contradictoire. Mais il faut dire que dès avant son baccalauréat, lycéen déjà barbu, un soir, au sortir de Condorcet, il reçut simultanément l'initiation amoureuse et l'initiation gonococcique, ce qui lui va-

lut l'avantage de faire notre connaissance, nous ayant été conduit pour recevoir la purification par l'eau lustrale du permanganate. Puis il fit la guerre, puis *cedant arma togae*, ses études de droit et y devint Docteur. La scolarité fut jalonnée par quelques retours offensifs du gonococque, qui l'astraignaient périodiquement, tous les dix-huit mois environ, à faire un stage de quelques semaines à notre cabinet. Comme beaucoup de blennoragiques récidivants, il était devenu herpétique récidivant, ce qui nous valait encore, de temps à autre, quelques visites sporadiques. Car c'est un garçon sérieux, soigneux et prudent, comme il y en a trop peu, qui, à la moindre éraillure, accourt la faire expertiser par le vénéréologiste.

Or, voici quelques mois, nous reçûmes la visite d'une dame, qui se déclara l'amie de notre client. Elle nous dit : « J'ai de l'urticaire, mais ça ne doit pas être de l'urticaire, car depuis quelque temps, j'ai de petites pertes, moi qui n'en ai jamais d'habitude; j'ai aussi dans l'aîne de grosses glandes qui me font un peu mal; enfin, depuis quelques jours, je n'ai plus de goût à rien. » Et d'un geste bref, écartant l'ample manche « pagode », elle découvrait, nu jusqu'à la saignée, un avant-bras dont le galbe ne laissait rien à désirer, mais dont l'ivoire virait par places à la couleur des vieux cuivres. L'ayant priée de se dévêtir plus complètement, ce qu'elle fit sans difficulté et avec une aisance qui dénotait une certaine habitude, elle nous apparut tout tachetée de ces macules jambonnées qui ont la valeur d'une signature. Du reste, quelques pla-

ques muqueuses naissantes s'ébauchaient au pourtour de l'orifice buccal, la gorge était rouge, les deux creux inguinaux étaient effectivement comblés par de gros ganglions agglomérés en deux tumeurs, par une gangue adipeuse, cette dame étant assez grassouillette.

Tout en haut de la face interne de la cuisse droite, il y avait une ulcération. « C'est par là que ça a commencé », dit-elle. Le chancre, évidemment. Mais non, cela ne ressemblait pas à un chancre, et cette lésion me laissa rêveur. Elle était aussi creuse et à bords aussi à pic qu'une ulcération gommeuse, mais sans bourbillon et sans infiltration de la base, qui était souple. Et en précisant l'interrogatoire, nous sûmes que si, c'était « par là que ça avait commencé » l'ulcération n'avait cependant précédé que de quelques jours l'éruption généralisée. Le spéculum nous éclaira, en nous faisant découvrir, sur la lèvre antérieure du col utérin, un chancre syphilitique de toute beauté — si l'on conçoit la beauté comme la perfection des formes —, car il était de belles dimensions, comme un jeton de deux francs, de belle couleur rouge et son contour décrivait un bel orbe, aussi régulier que s'il eût été tiré au compas. Un chancre à mettre dans une iconographie. Et l'ulcération de la cuisse n'était évidemment que le produit bâtard de ces auto-inoculations qui se produisent dans la phase de transition où l'allergie succède à l'anergie.

« Il vous a bien arrangée », dîmes-nous à cette dame en manière de consolation. Elle comprit notre méprise et s'empessa de la dissiper. Confuse et rougis-

sante, et par une discrète allusion à la dureté des temps, elle nous fit comprendre que, si notre client était le commanditaire principal et préféré, il n'était pas cependant l'unique. Nos jeunes gens d'aujourd'hui ne peuvent plus, comme il y a vingt-cinq ans leurs pères, prélever sur un modeste budget d'étudiant, des subventions suffisantes pour pourvoir à l'entretien intégral de leurs petites amies, et s'en réserver l'exclusivité. Ils sont parfois obligés de compenser l'insuffisance de leurs libéralités par beaucoup de libéralisme et de fermer les yeux, faute de pouvoir ouvrir la bourse. Elle nous avoua donc que, de temps à autre, vers les fins des mois, il lui arrivait d'aller à la recherche de subventions complémentaires dans certains bars de luxe, où du reste, disait-elle, comme plaidant des circonstances atténuantes, on ne rencontre que des messieurs fort distingués et des touristes à devises appréciées.

Consolations et conseils d'usage. Première injection de néo à 0, 15. Salutations. Sur le pas de la porte, la dame nous annonça pour le lendemain la visite de son ami.

« Coup double » ne pûmes-nous nous empêcher de penser après l'avoir reconduite. Car nous ne doutions pas — sans le souhaiter — que ce n'était pas un client, mais deux, que le ciel venait de nous envoyer. Les rapports sexuels, en effet, n'avaient, paraît-il, subi aucune interruption; coupable ou victime, il était donc fatal que notre client nous apportât le lendemain, le chancre père ou fils, homologue de celui que nous venions d'observer.

Le lendemain, nous fûmes quelque peu interloqué de le voir apparaître avec des allures particulièrement souriantes et dégagées, si bien que ce fut d'une voix hésitante que nous lui demandâmes s'il était bien au courant de l'accident survenu à la... compagne de ses jeux. Un signe de tête énergique et affirmatif fut la réponse. Alors? — « Alors, voilà, moi je suis un veinard, moi je n'ai rien. »

Et cependant, il reconnaissait avoir eu jusqu'à la veille, des rapports ininterrompus, quotidiens et répétés, avec cette conjointe éminemment contagieuse, contagieuse depuis deux mois, et même trois si l'on admet la possibilité de la contagion dans la période d'incubation du chancre.

Incrédule, nous le fîmes mettre nu comme un ver, et nous entreprîmes, avec un soin méticuleux, les investigations prescrites par les bons auteurs : recherche des cicatrices et des traces éruptives, chasse aux ganglions, etc. Il fallut nous rendre à l'évidence, la recherche était absolument négative. Rien aux organes génitaux, rien non plus ailleurs. Car le jeune jurisconsulte ne nous cacha pas qu'en dehors des rapports sexuels proprement dits, il ne s'était pas privé de tous ces jeux et fioritures, qu'une imagination en délire sait inspirer à une jeunesse fougueuse, ardente, insatiable, friande de raffinements nouveaux, avide de voluptés inédites.

E spesso avean piu d'una lingua in bocca
comme dit l'Arioste.

Mais s'il n'était pas la victime, il pouvait être le

coupable. Si prudent que nous le connaissions, sa prudence pouvait s'être trouvée en défaut; une syphilis méconnue pouvait tout expliquer, ce que le Bordet-Wassermann allait démontrer sans doute. Mais le Bordet-Wassermann s'avéra lui aussi complètement négatif.

Voici donc un sujet qui, pendant *trois mois*, tous les jours, prend un et même plusieurs « bains de tréponème » si l'on peut dire, et qui réussit à en éviter la morsure.

On objectera qu'il était peut-être en état d'incubation, mais la roséole de la partenaire datait déjà de dix jours quand nous l'avons vu et l'observation n'en resterait pas moins remarquable pour la longue durée de l'incubation, si incubation il y a. Nous n'avons pas manqué, cela va sans dire, de soumettre notre client à un traitement préventif : dix injections de novarsénobenzol, deux mois par conséquent de surveillance complémentaire, pendant lesquels rien encore n'est apparu. Et comme par protection divine, cet herpétique a eu la chance de ne pas avoir de poussée d'Herpès pendant toute la période dangereuse.

On peut, en effet, attribuer cette chance invraisemblable au bon état de la carapace épidermique. Mais est-ce bien là la vraie raison? Nous inclinerions plutôt à penser que notre client était bien vraiment en « incubation ».

Toutefois, cette expression aviaire nous semble défectueuse; elle est le reflet de doctrines périmées. Elle évoque la poule qui couve ses œufs pour les faire éclore.

Bien loin de chercher à faire éclore les germes pathogènes, l'organisme, dans cette période qui va de la contamination à l'apparition des premiers symptômes, entame, au contraire, contre eux une lutte silencieuse, qui se termine par la victoire ou la défaite. Cette période mériterait mieux le nom de période de « résistance ».

Et si l'on songe au nombre considérable de contacts suspects et au nombre relativement restreint de cas de contagion, il est permis de penser que les contaminations sont peut-être plus fréquentes qu'elles paraissent, mais qu'elles avortent souvent, parce que l'organisme se défend lui-même, parce que la résistance demeure victorieuse.

OBSERVATION V

Extraite de : « Etudes cliniques de Syphiligraphie ».
par E. SCHULMANN, p. 223.

De M..., 27 ans, avocat à la cour, vient me consulter en juin 1922 pour quelques éléments psoriasiformes, siégeant sur le thorax, lésions typiques avec rosée sanglante et signe de la tache de bougie. On retrouve d'ailleurs d'autres éléments sur les deux coudes.

Par principe et sur la demande du malade, il est fait une réaction de Wassermann, qui est négative (W. H⁸, Hecht H⁸). Sous l'influence du traitement (pâte de Drew et arséniate de soude per os) les éléments disparaissent en quelques semaines. — En fin

de traitement, toujours sur la demande du malade, une réaction de Wassermann est faite, toujours négative.

D'ailleurs, l'examen clinique très complet ne permet aucune constatation suspecte et il n'y a absolument rien dans les antécédents familiaux : père et mère en parfaite santé, il est le troisième de cinq enfants bien portants. Il n'y a jamais eu de fausse couche du côté maternel.

En décembre 1922, le malade vient nous confier une préoccupation : il a eu des relations avec la maîtresse d'un de ses confrères; en deux mois il l'a rencontrée trois fois et il s'est aperçu qu'elle a des taches roses sur le corps, des « boutons » aux parties et que sa voix est enrouée. Encore que notre client soit peureux et syphilophobe, nous pensons à la vérole. Il est lui-même examiné minutieusement sans résultat et ses réponses sérologiques sont négatives. Pendant six mois il est observé périodiquement et à six reprises la réaction de Wassermann resta négative.

Interrogé alors plus particulièrement sur ses rapports avec la maîtresse du confrère, Mlle K., il nous a avoué avoir eu à trois reprises plusieurs coïts vaginaux et buccaux et, sur nos instances, il nous l'amène au début de janvier 1923.

Mlle K. a 21 ans, c'est une personne de belle apparence, qui exerce le métier de mannequin : sa syphilis crève les yeux : roséole en voie d'effacement, mais encore perceptible, plaques muqueuses, syphilides. perte de cheveux, légère céphalée nocturne et séro-

logie positive sans préjudice d'existence du tréponème sur les lésions génitales.

Cette jeune femme ignorait son infection, elle nous a dit confidentiellement qu'elle avait dû contracter son mal en août 1922, avec un autre mannequin de la maison, renvoyée peu après en raison d'une laryngite tenace et de lésions faciales visibles.

L'observation se complète par le témoignage de M. L., avocat lui aussi, qui a eu des relations régulières bi-hebdomadaires avec Mlle K., qui est son amie, et il a contracté bel et bien la syphilis. Celle-ci a été d'abord ignorée par le médecin de famille, qui l'a soigné pour une angine rouge, des furoncles, une intoxication alimentaire. En 1923, il a des plaques nombreuses, des syphilides papulo-érosives avec présence du tréponème, la réaction de Wassermann positive.

Depuis M^r M. s'est marié avec notre autorisation, il a aujourd'hui deux enfants absolument sains. jamais nous n'avons rien constaté lors des nombreux examens pratiqués sur lui.

OBSERVATION VI

*Extraite de : « Etudes cliniques de Syphiligraphie »,
par E. SCHULMANN, p. 224.*

Mme de L., 35 ans, vient consulter pour des lésions qualifiées hémorroïdes, en juin 1926. Elle est couverte d'accidents de syphilis secondaire multiples, plaques

muqueuses hypertrophiques anales et vulvaires, syphilides faciales, roséole, adénopathies disséminées. Les lésions actuelles remontent à plus de six semaines et la contagion date de quatre mois environ.

L'ami, agent de la contamination, se soigne depuis plus de trois mois pour faiblesse générale, une réaction de Wassermann donne une réponse très positive et il est mis au traitement.

Pendant que Mme de L... ignorait la nature de ses accidents cutanés, elle a eu des rapports, presque quotidiens, avec un jeune amant, depuis deux mois, M. R., âgé de 22 ans. Celui-ci a été examiné par nous en juin 1926 et nous n'avons trouvé aucun symptôme de syphilis en évolution. Les réactions de Wassermann et de Hecht ont été complètement négatives, faits dans deux laboratoires différents.

Nous avons suivi M. R. durant six mois, il n'a présenté aucun symptôme de syphilis et ses réactions humorales, faites chaque mois, ont toujours été négatives.

Il n'existe chez M. R. aucun symptôme de syphilis héréditaire, aucune malformation congénitale, aucun trouble du système nerveux. Ses parents sont encore en vie, bien portants, il a deux frères en excellente santé.

Pour rendre cette observation de non contamination plus convaincante encore, Mme de L. a eu à la même époque, quelques rapports espacés avec M. de G., 50 ans, qui a été mis au mois d'août 1926, par son médecin personnel, au traitement anti-syphilitique.

OBSERVATION VII

Extraite de : « *Etudes cliniques de Syphiligraphie* »,
par E. SCHULMANN, p. 225.

Mme Hew. Jeanne, 33 ans, veuve de guerre, sans profession, remariée depuis cinq ans, vient voir son médecin pour des syphilides vulvaires hypertrophiques typiques. Ce dernier, qui soigne son mari depuis son enfance, hésite et n'ose faire un diagnostic qu'après une réaction de Wassermann très positive (H°), cela d'autant plus que le conjoint, examiné de très près, n'offre absolument aucune lésion suspecte.

Après une semaine d'hésitation, Mme Hew., pressée de questions avoue avoir eu il y a quatre mois, lors d'un séjour au bord de la mer, des relations à deux reprises avec un danseur mondain. Elle a vu apparaître deux mois plus tard un bouton ulcéreux sur une lèvre, avec des ganglions des deux côtés, et, un peu plus tard, elle a souffert de maux de gorge prolongés, diagnostiqués angine rouge.

A aucun moment elle n'a cessé d'avoir des rapports avec son mari, qui est d'un naturel jaloux, et se serait aussitôt douté de quelque chose. Elle précise, sur notre indiscrète demande, que ces rapports sont fréquents, prolongés, buccaux et vaginaux.

Le mari, qui a pleine confiance dans son médecin, sous le prétexte d'une affection exotique possible est examiné à plusieurs reprises; jamais on ne put découvrir le moindre accident cutané ou muqueux, il n'y a

pas de ganglions, ni de grosse rate, et la réaction de Wassermann, faite plus de dix fois avec emploi d'antigènes sensibles, comme celui de Demouilières, n'a jamais oscillé dans le sens positif.

La famille du mari est connue depuis longtemps du médecin, qui n'a jamais rien observé de suspect. Le mari, parfaitement sain, a eu deux enfants d'un premier mariage (il est divorcé) qui jouissent d'une excellente santé.

Ajoutons enfin que le partenaire estival a pu être retrouvé, il était encore porteur de plaques muqueuses buccales, d'une réaction sérologique très positive (H^0). Il a reconnu, sans aucune réticence, avoir eu un chancre l'hiver passé et qu'il s'était soigné juste quelques semaines, le temps de le voir disparaître.

OBSERVATIONS VIII, IX, X

Extraites de : « A propos du traitement préventif de la syphilis », par TROISFONTAINES. Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph., 1922.

VIII. Un homme de 36 ans, après des coïts multiples en Amérique, voit se développer au début de 1913, une lésion exulcéreuse, sur la partie antérolatérale du gland ; il lui fut certifié qu'il ne s'agissait pas de chancre syphilitique. Rassuré et de retour dans sa ville natale, après une traversée d'une dizaine de jours, il retrouve une maîtresse affectionnée, à laquelle au bout de cinq mois d'absence, il témoigna à

plusieurs reprises son amour ; le lui ayant prouvé énergiquement et souventes fois, il vit la lésion du gland s'étendre, s'approfondir et devenir même douloureuse.

Il vint me montrer cette lésion 10 ou 12 jours après son retour au pays, elle proéminait sur le gland, de façon, semblait-il, à devoir contaminer sûrement toute vulve mise en contact avec elle.

C'était manifestement un chancre syphilitique d'au moins le diamètre d'une pièce de 50 centimes, mais par suite d'irritations répétées, plus proéminent, plus érodé que d'habitude.

Je me refusai naturellement à examiner la partenaire avant un temps suffisant, soit 12 ou 15 jours plus tard. Je la revis encore au bout de six semaines et ni l'une ni l'autre fois, il ne me fut possible de rien découvrir d'anormal dans la zone génitale. Cette dame a épousé son amant et se porte actuellement très bien ; le mari, que j'ai traité pendant un an et demi et puis perdu de vue pendant la guerre, n'a eu que des lésions secondaires atténuées, mais typiques ; je l'ai revu une fois en 1919, bien portant ; il avait été soigné à l'étranger.

IX. Un second cas est celui d'un homme de 30 ans, dont j'ai parlé dans le *Bruxelles Médical* du 15 mai 1921, à propos de la lutte antisiphilitique et des erreurs de diagnostic.

Lorsque je le vis pour la première fois, il présentait sur tout le corps, spécialement sur les articulations et

sur la verge, qui en était complètement recouverte, 476 papules de 4 à 6 millimètres de diamètre, d'aspect caractéristique.

En même temps, on observait un certain degré d'angine, suite presque certaine de l'existence antérieure d'un chancre, dans la région amygdalienne droite. Rassuré par l'affirmation de deux médecins, qui ne voyaient dans cette éruption que le résultat d'une affection gastrique d'ailleurs inexistante, ce monsieur, d'ailleurs affaibli et anémié, avait continué à avoir avec sa femme des rapports sexuels fréquents.

L'existence intra-buccale du chancre avait déjà été de nature à créer un danger considérable de contamination. La formation sur le fourreau pénien et sur le gland d'une véritable carapace de papules fragiles et partiellement érodées, constituait pour la dame un autre danger marqué d'infection.

Elle était nullipare, comme la précédente du reste, fait d'une importance réelle pour une vulve délicate.

Celle-ci, on ne l'ignore pas, est plus vulnérable en effet que le vagin adulte, rarement atteint de lésions spécifiques aux trois périodes du mal, et le col utérin d'une nullipare jouit également d'ordinaire d'une immunité notable.

Cette dame est restée absolument indemne de toute lésion et son mari, parfaitement débarrassé d'une éruption grave, est actuellement en parfaite santé.

X. Le troisième cas concerne une jeune femme, mais accouchée d'un enfant ayant maintenant six mois

et admirablement bien portant; la contamination du mari remonte au 1^{er} ou 2 mars de cette année (1922).

Le chancre fut aperçu le 20 du même mois, il siégeait dans la rainure glando-préputiale et sa nature fut, comme c'est trop souvent le cas, méconnue par deux médecins, d'où absence de toute précaution du mari vis-à-vis de la femme jusqu'au 16 avril.

Par la suite des circonstances, inutiles à signaler ici, les rapports sexuels cessèrent à cette date jusqu'au 8 mai. La roséole fut remarquée le 1^{er} mai et je vis le malade le 8; le chancre allongé, long de plus de 2 centimètres siégeant dans la rainure glando-préputiale, présentait comme souvent à cet endroit, tous les caractères classiques nettement marqués.

Il existait une adénopathie typique intense et la roséole, fortement accusée, se composait de macules spécialement larges. L'état général était assez piètre, l'anémie exceptionnellement développée chez un homme, mais, chose à noter, le sujet était paludique. La jeune femme examinée à fond à trois reprises jusqu'à ce jour (3 juillet) n'a présenté aucune manifestation suspecte; le mari soigné par l'arsenic et le mercure, celui-ci à doses modérées, a été rapidement débarrassé de son chancre et de sa roséole; l'état général est notablement meilleur.

Ces faits ne sont pas nombreux, mais ils sont rigoureusement vrais et ils prouvent qu'on ne doit jamais parler de contagion fatale dans la syphilis. Quelle est d'ailleurs la maladie à laquelle on ne puisse échapper?

Peut-être, certains esprits ne seront-ils pas convaincus et diront-ils que les trois femmes en question étaient syphilitiques d'avance. Je le conteste absolument et ne puis admettre non plus qu'elles soient hérédo-spécifiques.

CHAPITRE III

ETUDE DES OBSERVATIONS. — LE TRAITEMENT PREVENTIF

Les observations que nous publions ci-dessus montrent que, même après des rapports sexuels nombreux avec une personne porteuse de lésions virulentes, la contagion syphilitique n'est pas forcément fatale.

Mais nous savons que — première objection — certains voudront ranger les personnes réfractaires parmi les hérédosyphilitiques et considérer leur immunité comme une immunité d'infection.

Nous opposerons plusieurs arguments à cette façon de voir :

I. — Les auteurs des observations insistent sur l'absence de dystrophies ou d'autres stigmates héréditaires chez les personnes réfractaires examinées par eux et, dans un certain nombre de cas, ils ont pu étendre leur contrôle aux ascendants, collatéraux et descendants des sujets.

Obs. 1. « Le sujet ne présentait nul stigmate d'hérédosyphilis et un interrogatoire attentif n'a pu ré-

véler non plus des facteurs familiaux permettant de suspecter une telle hérédité ». — *Obs. 2.* « Jeune homme sportif en pleine santé. On ne releva nul antécédent familial et nul stigmate révélateur d'une hérédité syphilitique ». — *Obs. 5.* « L'examen clinique très complet ne permet aucune constatation suspecte et il n'y a absolument rien dans les antécédents familiaux : père et mère en parfaite santé, il (le client) est le troisième de cinq enfants bien portants. Il n'y a jamais eu de fausse-couche du côté maternel ». — *Obs. 6.* « Il n'existe chez M. R. aucun symptôme de syphilis héréditaire, aucune malformation congénitale, aucun trouble du système nerveux. Ses parents sont encore en vie, bien portants, il a deux frères en excellente santé ». — *Obs. 7.* « La famille du mari (réfractaire) est connue depuis longtemps du médecin, qui n'a jamais rien observé de suspect. Le mari, parfaitement sain, a deux enfants d'un premier mariage (il est décédé), qui jouissent d'une excellente santé ». — *Obs. 8, 9, 10.* L'auteur conteste absolument que dans ses observations il eut pu s'agir de syphilis acquises ou héréditaires.

II. — Les réactions sérologiques, faites et refaites, ont toujours été négatives. Ceci constitue un argument de plus contre l'hypothèse d'hérédospécificité et prévient en même temps l'objection d'après laquelle une protection aurait peut-être été réalisée par une infection atténuée et ignorée, acquise antérieurement.

Obs. 1. Cinq examens de sang ont été pratiqués dans

l'espace de 4 mois et demi et sont toujours restés négatifs. — *Obs. 2.* Plusieurs examens de sang ont été pratiqués, toujours négatifs. — *Obs. 3.* Soumis à des examens sérologiques en série, le sujet a présenté des réactions constamment négatives. — *Obs. 4.* Le B. W. s'avéra complètement négatif. — *Obs. 5.* Deux B. W. négatifs au début de 1922 (psoriasis). Après exposition à la contagion, 6 B. W. négatifs. — *Obs. 6.* Les réactions de Wassermann et Hecht ont été complètement négatives, faites dans deux laboratoires différents. Durant six mois les réactions humorales, faites chaque mois, ont été négatives. — *Obs. 7.* La réaction de Wassermann faite plus de dix fois avec l'emploi d'antigènes sensibles comme celui de Demouillères, n'a jamais oscillé dans le sens positif.

En songeant que des infections nouvelles se constatent fréquemment chez les hérédostypiques et que par contre les individus envisagés ici étaient cliniquement et sérologiquement indemnes, nous réalisons qu'il serait doublement faux d'expliquer les cas de ces derniers par de l'hérédospécificité.

On dira — nouvelle objection — qu'il a pu s'agir chez les personnes considérées comme indemnes, de syphilis retardées. En effet, on a vu l'incubation du chancre se prolonger au-delà des 21-30 jours de délai normal et atteindre et dépasser dans quelques cas les 100 jours!

100 jours : 5 cas de Cheinisse, consécutifs au tatouage (*Ann. de Derm. et Syph.*, 1895). — 110 jours : cas de Merino Manuel, contamination accidentelle

d'un médecin (*Revista Medica Gallega*, mai 1927).

100 et 110 jours : 2 cas de Gougerot (*Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 1926).

Mais les personnes réfractaires envisagées par nous ont été suivies pour la plupart un temps assez long pour ne pas exposer à cette cause d'erreur rarissime, ni à celle d'une syphilis décapitée méconnue.

En outre, ce anomalies d'évolution ne s'observent généralement qu'après un traitement préventif, qui n'a jamais été pratiqué chez les sujets de nos observations.

Temps de contrôle : *Obs. 1.* Rapports dangereux entre le 10 mars-18 avril. Suivi jusqu'au 30 août = 170 à 135 jours de contrôle. — *Obs. 2.* Exposé depuis un mois est suivi encore pendant 3 mois = 120 à 90 jours de contrôle. — *Obs. 4.* Examiné après 3 mois d'exposition à la contagion = 90 à 0 jours de contrôle. — *Obs. 5.* Suivi durant 6 mois = 180 jours de contrôle. — *Obs. 6.* Suivi durant 6 mois = 180 jours de contrôle. — *Obs. 7.* Exposé depuis 2-3 mois est examiné à plusieurs reprises = 90 à 0 jours de contrôle. — *Obs. 8.* Exposée en 1913, revue en 1922 = 10 ans de contrôle. — *Obs. 10.* Exposée du début mars-16 avril. Le 3 juillet ne présente encore aucune manifestation morbide = 120 à 70 jours de contrôle.

Il nous reste à répondre à une dernière objection possible : Les contacts sexuels ont-ils été suffisants, la virulence des porteurs de virus assez grande, pour qu'on ne puisse pas invoquer la chance et le hasard pour expliquer les non-contaminations envisagées?

Reprenons nos observations : *Obs. 1.* Les rapports eurent surtout lieu du 10 mars au 18 avril, plusieurs fois par semaine en pleine période secondaire, au moment où fleurissaient au maximum : syphilides cutanées, plaques muqueuses buccales, condylomes syphilitiques vulvaires. — *Obs. 2.* Rapports fréquents, prodigues, prolongés. Syphilis secondaire floride. *Obs. 3.* Rapports sexuels fréquents. Syphilis secondaire floride. — *Obs. 4.* Coïts quotidiens pendant 3 mois, durant incubation, période primaire et secondaire. — *Obs. 5.* A trois reprises, plusieurs coïts vaginaux et buccaux. Syphilis secondaire contaminant tierce personne. — *Obs. 7.* Rapports très nombreux durant période primo-secondaire. — *Obs. 8.* Plusieurs coïts. Accident primitif de la verge. — *Obs. 9.* Rapports sexuels fréquents. Syphilis secondaire floride. — *Obs. 10.* Rapports sexuels nombreux. Chancre de la verge.

Dans tous les cas cités, les coïts n'ont été suivis que des soins de propreté habituels et à l'examen génital il n'a été constaté aucune anomalie des organes sexuels.

Nous nous croyons donc en droit d'affirmer l'existence d'une immunité — clinique, puisque aucune réaction de la boratoire ne peut nous prouver l'absence du tréponème — contre la syphilis.

L'existence de cette immunité n'a pas uniquement un intérêt théorique. La portée utilitaire de ce fait et celle de notre thèse est de s'opposer par un argument nouveau à la pratique du traitement préventif. C'est

qu'il ne faut jamais instituer de traitement avant de constater l'infection, puisqu'on ne peut jamais affirmer qu'une personne exposée à la contagion contractera fatalement la syphilis, étant donné qu'il existe des immunisés.

Le traitement préventif ou traitement avant le chancre est une méthode qui découle de l'axiome qu'il faut traiter toute syphilis le plus précocement possible. De très nombreux auteurs l'ont ardemment préconisé, convaincus que le contact sexuel prolongé avec une personne en pleine syphilis cutanéomuqueuse où l'inoculation de virus luétique devait fatalement entraîner l'éclosion d'une syphilis chez un individu sain.

On s'adresse en vue de ce traitement presque exclusivement aux dérivés de l'arsenic, depuis Ehrlich qui avait constaté qu'il pouvait empêcher l'éclosion de la maladie chez des animaux de laboratoire inoculés, par l'administration de divers sels d'AS dont il étudiait l'action.

Lacapère et Laurent citent en 1919 quelques cas de personnes ayant eu des rapports avec des syphilitiques sans s'infecter, grâce à des injections de Novarsénobenzol.

Magon, de Manchester, s'inocule des tréponèmes et se fait injecter une heure après 0,60 gr. de 606 ; il reste indemne.

En 1922, Levaditi et Navarro-Martin constatent que le 190 de Fournier a une action préventive indiscutable, administré par voie buccale. Ils inoculent

deux sujets consentants, aux deux bras et enrayent l'évolution de l'infection en leur faisant ingérer 2 et 4 gr. de Stovarsol. Depuis, le Stovarsol a connu une grande vogue auprès des personnes qui, ne voulant sacrifier ni leur plaisir ni leur santé, ont trouvé cette médication préventive commode.

Le traitement préventif est-il toujours efficace? De nombreux échecs sont là pour le nier. Tantôt le tréponème est arséno-résistant et l'avortion par les arsénobenzènes ne réussit pas. Tantôt la dose médicamenteuse, même massive, s'avère comme insuffisante.

Gougerot voit apparaître un chancre après l'administration de 7,35 gr. de 914. Audry constate un chancre chez un homme qui avait pris à titre préventif, par deux fois durant six jours, 3-4 comprimés de stovarsol par jour. Nous pourrions multiplier les exemples.

Aussi Gougerot et Sézary sont-ils d'accord pour dire que dans les cas où l'on croit devoir instituer un traitement préventif, il faut le conduire comme un véritable traitement d'attaque, plurimétallique et prolongé.

Ceci nous amène à demander quel peut être l'avantage d'un tel traitement prophylactique par comparaison à un traitement d'attaque institué dès le moindre signe d'infection?

Nous ne croyons pas qu'il puisse être démontré qu'un traitement avant le chancre donne plus de garanties pour l'avenir de l'individu qu'un traitement dans les tout premiers jours un chancre et que son

utilité thérapeutique n'est donc pas évidente. Le principal intérêt d'un traitement préventif serait d'être bref et radical. Mais un traitement bref ne peut être bref et radical; il donnera au malade une fausse sécurité, l'exposera à des complications terribles et risquera de le rendre un agent de contamination involontaire.

Même bien conduit, prolongé et plurimétallique, le traitement préventif engendre l'incertitude du médecin quant à l'activité des divers médicaments. Comment savoir en effet si l'arsenic est efficace, sans l'avoir vu agir sur une lésion ou une courbe sérologique?

Enfin, en reprenant l'argument que nous tirons de nos observations, que dire d'un traitement institué chez un sujet réfractaire à l'infection, chez un sujet sain. On exposera dans de tels cas un individu bien portant aux dangers des arsénobenzènes, on le vouera inutilement aux soucis des syphiliphobes.

Résumons : Dans les cas de contamination, l'avantage du traitement avant le chancre n'est pas évident; dans les cas de sujets réfractaires le médecin et le malade n'auront qu'à se féliciter d'être restés dans l'expectative.

CONCLUSIONS

— Il existe des exemples d'individus qui, exposés à la contagion syphilitique, ne contractent pas la maladie.

— L'observation de ces sujets peut nous amener à envisager la possibilité d'une immunité contre la syphilis.

— L'expérimentation toutefois n'a pas apporté jusqu'à ce jour les preuves nécessaires pour confirmer cette hypothèse.

— En présence des faits envisagés nous croyons qu'il faut s'abstenir de tout traitement préventif dans les cas de contamination possible, étant donné que les sujets exposés à la contagion peuvent être réfractaires à l'infection et qu'il ne faut commencer une thérapeutique que lorsque les preuves de l'infection sont formelles.

Vu : le Doyen de la Faculté,
G. ROUSSY

Vu : le Président de thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

ANONYME DU PALATINAT. — *Archives générales de Médecine*, 1859.

L. BORY. — A propos des syphilis occultes chez la femme. La notion des porteurs de germe. (*Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, 2 avril 1925).

W.-H. BROWN. — Sur l'immunité syphilitique. (VII^e *Congrès international de Derm. et Syph.*, 1931).

BERGEL. — Die Syphilis im Lichte neuer experimentallbiologischer u. immuntherapeutischer Untersuchungen. (Fischer édit., Jena, 1925).

— Neuere Ergebnisse der experimentellen Kaninchensyphilis. (*Z. f. Immun-Forsch.* 62, 125, 1928).

R. BRANDT. — Gibt es eine zeitweilige nat. Resistenz gegen Syphilis. (*W. Klin. Woch.*, 35, 223, 1922).

BUSCHKE et JOSEPH. — Immunitaet bei Syphilis. (in Jadassohn, *Handbuch d. Haut- u. Geschlechtskrank.*, tome XV, II).

BIZARD et JOLIVET. — Une femme indemne de tout accident spécifique, etc. (*Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syph.* Séance du 12 févr. 1925).

- BELGODÈRE. — Sur quelques particularités de la contamination syphilitique. (*Ann. Mal. Vén.*, février 1927).
- BURNIER. — Les porteurs de germe en vénéréologie. (*La Prophylaxie antivénérienne*, janvier 1934).
- CHESNEY et KEMP. — Studies on experimental Syphilis III. (*Journ. of experimental Med.*, 1925, p. 17).
- CARTEAUD. — Deux observations d'immunité syphilitique. (*Ann. d. Mal. Vén.*, N° 2, févr. 1933).
- Congrès International de Derm. et Syph. (VII^e). —
Thème II : Immunité, réinfection et superinfection dans la syphilis. (*Ann. de Derm. et Syph.*, 1931, p. 38-72).
- F. GERBAY. — L'immunité dans la Syphilis. (*Bull. Méd.*, N° 13, 25 et 28 mars 1925, p. 359-362).
- GOUGEROT. — Le traitement de la syphilis en clientèle. Maloine, édit., Paris.
- Quelques notions nouvelles ou oubliées sur la contagion dans la syphilis. (*Journal d. Praticiens*, 6 avril 1918, p. 209).
- Paradoxes et imperfections de la réaction de Bordet-Wassermann. (*Journal d. Praticiens*, nov. 1924, p. 705).
- HOFFMANN. — Considérations cliniques sur la résistance naturelle et l'immunité spécifique dans la syphilis. (*Gazette des Hôpitaux*, 103, 25 oct. 1930).
- G. ICHOK. — L'immunité antisiphilitique. (*Presse médicale*, 26 févr. 1930, p. 285-286).

- JADASSOHN. — Handbuch d. Haut u. Geschlechtskrank.
- W. KOLLE. — Diff. biologiques de diverses souches de tréponèmes. Immunité d'infection et immunité vraie. (*D. Med. Woch*, 1^{er} janvier 1926, p. 11).
- LAFOUCARDE et HOROWITZ. — L'immunité dans la syphilis. (*Revue Fr. de Derm. et Vén.*, N^o 6, sept.-oct. 1930).
- METCHNIKOFF. — La syphilis expérimentale. (*Arch. gén. de Méd.*, 1905).
- MIREUR. — Recherches sur la non-inoculabilité syphilitique du sperme. (*Ann. de Derm. et Syph.*, 1876-77, p. 423).
- H. NAKANO. — Ueber Immunisierungsversuche mit Spirochaeten. (*Arch. f. Derm.*, 116, 265, 1913).
- E. PRIGGE. — Untersuchungen ueber die Bildung von Schutzstoffen gegen die Syphilisspirochaeten. (*D. Med. Woch.*, 57, 3 juillet 1931).
- M. PINARD. — L'immunité syphilitique. (Thèse, Paris, 1910).
- Immunité clinique. (In Jeanselme : *Traité de la Syphilis*, tome II).
- ROLLET. — Traité des maladies vénériennes. (Paris, 1866).
- E. SCHULMANN. — Etudes cliniques de syphiligraphie. (Masson et Cie, Paris, 1932).
- M. TRUFFI. — Immunité, superinfection, réinfection dans la syphilis. (*Arch. de Derm. et Syph.*, 1930).

